

CERTIFICAT MÉDICAL

Nom et adresse du preneur d'assurance (école, groupement, institution).

À remplir par l'école/le groupement, l'institution:

Nom et prénom du blessé:

Classe/Groupe:

Date de l'accident:

AVIS IMPORTANT: Cet accident vous a occasionné des frais. Veuillez faire compléter ce certificat médical par le médecin qui a examiné votre enfant et y joindre le relevé des débours dûment complété.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN (veuillez répondre avec précision aux questions posées ci-dessous)

Jour, heure et lieu du premier examen:

DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION

Caractéristiques objectives (genre, nature et gravité des blessures, ainsi que la description précise des parties du corps atteintes):

Caractéristiques subjectives évoquées par le blessé:

Date et origine des blessures d'après le blessé:

L'origine et la date des blessures communiquées vous semblent-elles vraisemblables?

Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous?

Le blessé peut-il continuer totalement ou partiellement ses occupations?

Si non, à quelle date a-t-il dû cesser ses occupations?

Prévision: A - Guérison complète

B - Incapacité permanente totale ou partielle

C - Décès

N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les

conséquences de l'accident? Infirmités antérieures:

Des soins constants sont-ils requis? Où et par qui?

Jugez-vous qu'une hospitalisation de la victime est utile? Si oui, pourquoi?

Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin

(spécialiste, chirurgien, radiologue, etc.) et pourquoi?

Observations particulières:

Fait à le 20....

Nom et adresse ou cachet du médecin:

Signature du médecin:

Destinataire: DAP SA - Rue du Bergeant 10 - 7900 Leuze-en-Hainaut

E-mail: sinistre.ecole@dap.be